

国民健康保険特定疾病療養認定申請書

被保険者 (認定対象者)	被保険者番号		系 国											
	氏 名								性別		男 女			
	生年月日		昭・平・令 年 月 日						続柄					
	個人番号													
世 帯 主	氏 名													
	住 所		系満市											
	個人番号													
傷病に関する医師の意見 傷病名 1. 人工透析を必要とする慢性腎不全 2. 血友病(先天性血液凝固因子障害の一部) 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症 令和 年 月 日 病院等の名称 所 在 地 担当医師 印														

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者 -----

氏 名 (印)

処 理 欄							
認 定		令和 年 月 日		受付年月日		令和 年 月 日	
決済年月日		令和 年 月 日		交付年月日		令和 年 月 日	
課 長	主 幹	係 員					
			標記申請について決定してよろしいでしょうか。				